LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Faculté de médecine de Paris. Cours d'hygiène : M. le professeur Proust. Les climats du Midi, 774. — **Bibliographie** : Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par le Dr Bourneville, 775. — **Revue de la presse** : De la récidive des oreillons, par le Dr Busquet, 776. — **Académie des sciences** : *Séance du 16 novembre* — Présidence de M. A. Cornu. — Sur la répartition de la lipase dans l'organisme, 776. — **Académie de médecine** : *Séance du 24 novembre.* — Présidence de M. Hervieux. — Mort de M. Mahé, 777. — Falsification de la bière par le bisulfite de chaux, 777. — Sur les lésions des vaisseaux, artères et veines, et la formation des cicatrices consécutives à une ligature, 777. — Morve chronique chez l'homme, 778. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 13 novembre.* — Présidence de M. d'Heilly. — Vésanie temporaire chez l'enfant à la suite de la fièvre typhoïde, 778. — Emphysème sous-cutané familial, 779. — Hémiatrophie linguale, 779. — Dermofibromatose pigmentaire (neurofibromatose généralisée), 779. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 novembre.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière. — Rapport sur la candidature de M. le Dr Germe d'Arras (suite et fin), 780. — Rapport sur la candidature de M. Mello Barreto au titre de membre correspondant étranger, M. Matha, 782. — **Société de chirurgie** : *Séance du 24 novembre* — Présidence de M. Ch. Monod. Péritonite par perforation, suite de fièvre typhoïde, 784. — Trépanation de l'antre mastoïdien, 35 cas, 784. — Hernie crurale étranglée. Réflexions sur l'appendicite, 784. — Amputation totale du pied par le procédé Syme, 784. — Appendice réséqué, clos par un calcul, 784. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 30 juin.* Présidence de M. Duchesne, 785. — **Memento pratique** : Le carbonate de strontiane comme dentifrice, 785. — **Variétés** : Les mutilés de la bataille d'Adoua, 785. — **Nouvelles**, 782. — **Bulletin bibliographique** : 788.

CLINIQUE MÉDICALE

Faculté de Médecine de Paris

COURS D'HYGIÈNE : M. LE PROFESSEUR PROUST

Les climats du Midi (1).

Les climats du Midi sont caractérisés par une forte insolation, un hiver court et peu marqué, pas ou peu de neige, un air doux, l'absence de vents froids ou tout au moins leur réduction au minimum.

Le sol, le long du littoral méditerranéen, depuis Hyères jusqu'à Gênes, est essentiellement calcaire. Il faut en exempter toutefois le massif de l'Esterel qui est formé de roches primitives; c'est sur lui qu'est bâtie la ville de Cannes. Mais à partir du golfe Juan vers l'Est, on ne trouve plus que du calcaire. De là, sur les routes, cette poussière si gênante pour les malades.

La température est assez élevée pendant la journée médicale (on sait que pour se promener il faut 8 à 10 degrés, et pour rester assis en plein air de 12 à 14). Mais il y a parfois une assez grande différence de température au coucher du soleil, dont il est bon que les malades soient prévenus et contre laquelle ils devront prendre de grandes précautions. — Au coucher du soleil il se fait en outre un rayonnement très intense avec une abondante humidité. De telle sorte qu'au mois de janvier, par exemple, on peut constater à midi 20 0/0 d'humidité et 17 degrés, tandis qu'à 5 heures, au coucher du soleil, on a 60 0/0 d'humidité et seulement 10 degrés.

L'humidité de l'air, lorsqu'elle n'est pas excessive, a une action douce et émolliente sur les muqueuses enflammées; un air sec, au contraire, les irrite. Son action sur la peau est la même. Il s'ensuit une excitation réflexe perpétuelle à laquelle se joint encore l'excitation produite par la lumière.

Le climat méridional le plus sec, c'est le Caire vient ensuite la Riviera occidentale ; la Riviera orientale l'est beaucoup moins.

Les stations de Sicile, Alger, Madère, sont plus humides. Enfin Venise, Pise et Pau, présentent le maximum d'humidité.

Les stations du Midi, étant au bord de la mer, ont une pression barométrique très élevée.

Le régime des vents est tout à fait particulier. Les vents froids sont habituellement brisés par des chaînes de montagnes protectrices. Pour le littoral méditerranéen ces montagnes forment trois écrans. C'est d'abord le massif énorme qui couvre la Savoie et le Dauphiné pour venir se souder aux Apennins; puis une rangée de sommets de 1000 à 2000 mètres d'altitude ; et, enfin, des collines plus ou moins élevées au pied desquelles les villes se trouvent placées.

C'est là une disposition exceptionnelle et très heureuse qu'on ne rencontre ailleurs qu'au bord de l'Espagne (Malaga) et dans quelques parties de la Corse et de la Sicile.

Mais il faut redouter le mistral, courant froid, glacial, qui descend les vallées du Rhône et de la Durance et prend la direction Nord-Ouest. Il est heureusement plus ou moins arrêté par des plans successifs. Ce sont tout d'abord les montagnes de l'Este-

(1) Leçon recueillie par le Dr Eug. Deschamps, ancien chef de clinique de la Faculté.

rel, qui protègent le pays à l'Est de Cannes, puis les montagnes des Maures, le Mont Boron, le Cap Martin. Il s'ensuit que la ville de Menton en est la moins atteinte.

Au-delà de San Remo, c'est le vent Nord-Est qui domine.

Chez nous c'est le vent nord-ouest qui amène la pluie; de l'autre côté des Alpes, le vent du Sud. Le Sirocco qui vient d'Egypte en traversant la Méditerranée, n'a déjà plus la sécheresse qu'il a en Sicile. Aussi les vents du Sud et du Sud-Est se font-ils sentir sur le littoral de Hyères à San-Remo, comme des vents chauds et humides.

D'ailleurs, les vents qui viennent du Sud ne sont souvent, comme l'a fort bien remarqué Bennett, qu'un remous des vents du Nord. Pour cela ces derniers passent par dessus les montagnes, vont frapper la mer à une certaine distance au large (ombre du vent) et sont ensuite ramenés vers la terre par suite de la raréfaction de l'air au pied de la montagne qui a formé écran.

Ce vent du Sud-Est est plus frais et plus sec que le véritable vent du Sud qui a traversé la Méditerranée.

Les vents de l'Est amènent aussi la pluie.

La Riviera est remarquable par la pureté de l'air. Il y a bien souvent beaucoup de poussière, mais les vents de mer balaient les rues et remplacent l'air souillé par un air pur amené du large.

Le ciel est habituellement pur : le ciel de Nice est un des plus clairs de la Riviera.

La lumière du jour est très vive, mais différente toutefois de celle des altitudes.

Tels sont les différents caractères du littoral méditerranéen.

Que si maintenant nous voulons rechercher les caractères que doit présenter une station du Midi idéale voici, d'après Kisch, ce qu'ils doivent être.

Une station du midi doit avoir : 1° une température modérément élevée mais régulière, ayant peu de variations journalières ou mensuelles; 2° une humidité relative moyenne; 3° elle doit être protégée contre les vents; 4° elle doit offrir un grand nombre de jours clairs avec soleil; 5° les promenades doivent y être nombreuses et faciles; 6° la nourriture doit y être bonne; on doit y trouver facilement des distractions sociales et intellectuelles; 7° la santé publique des indigènes doit être satisfaisante. Ajoutons que l'eau potable doit y être abondante et de bonne qualité, et que le sol doit être bien drainé et les évacuations des matières usées se faire rapidement et convenablement.

Envisagées d'après leurs différents caractères, les stations du Midi peuvent être divisées de plusieurs manières. On peut d'abord les diviser en deux groupes. Dans un premier groupe de stations, le climat est plutôt humide, il comprend Madère, Pau, Pise, Vienne, Palerme, Ajaccio, Alger, Catane, Biarritz, Arcachon; le climat de ces stations se fait remarquer par une grande égalité et par une action sédative bien prononcée. Dans le deuxième groupe, le climat est plutôt sec; il comprend les stations du littoral français et de la Rivière de Gênes, Hyères, Saint-Raphaël, Cannes, Nice, Menton, Monaco, Bordighiera, San Remo, Alassio, Pegli, Le Caire, Malaga; toutes ces stations ont une action tonique ou même excitante suivant leur situation, etc.

Voici la classification de De Valcourt pour les stations françaises :

Climat sédatif : Pau.

Climat tonique peu excitant : Le Cannet;

Climat tonique et passablement excitant : Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes;

Climat tonique et excitant : Menton, Costebelle, Cannes;

Climat tonique et très excitant : Nice.

Une autre division assez pratique répartit les stations du midi en 4 classes.

La première comprend les stations chaudes avec un grand nombre d'heures chaque jour où le stationnement en plein air est possible, et où le chauffage des appartements n'est pas nécessaire. Ce sont les stations de Madère, du Caire, d'Alger et de Malaga.

Dans la seconde, nous trouvons les stations où l'on peut avoir chaque jour plusieurs heures de stationnement en plein air et où le chauffage des habitations n'est nécessaire que pendant les mois les plus froids, janvier et décembre; ce sont : Cannes, Nice, Hyères, Menton, San Remo, Nervi, Catane, Palerme, Ajaccio.

Les stations moins chaudes où il faut chauffer plus longuement et où l'on a moins d'heures de stationnement à l'air libre forment la 3e classe qui comprend Pise, Venise, Pau, Arcachon.

Enfin dans la 4e classe sont rangées les stations ayant un véritable hiver, parfois très court, parfois très doux, suivant les années : Montreux, Méran, Gries, Arco, Goerz, Lugano, Locarno.

Voici, en outre, d'après, Werber, quelques indications sur les stations de la Riviera.

L'air n'y est pas trop sec : 65 à 70 0/0 d'humidité relative; on y compte 110 à 120 beaux jours dans les six mois d'octobre à avril, 12 à 20 jours tout à fait sombres, 40 à 50 jours de pluie. L'air y est calme pendant 60 jours environ, agité et même frais pendant 80 jours, trés agité pendant 40 jours; le mistral souffle surtout depuis la mi-février.

Nous n'avons vu jusqu'à présent que les avantages des stations du Midi : température douce, etc. Mais elles offrent aussi quelques inconvénients : différence de température entre le soleil et l'ombre, mistral, poussière due à la constitution du terrain, moustiques, trop grande abondance de distractions) roulette et

trente et quarante à Monte-Carlo) sortie tardive des malades, visite aux musées et aux églises en Italie défectuosité des installation, etc.

Quoi qu'il en soit les stations du Midi rendent aux malades des services considérables, mais encore faut-il savoir faire son choix. Pour cela on se préoccupera de la chaleur et de l'humidité moyennes, du vent, du voisinage ou de l'éloignement de la mer (Carabacel, Riviera, Cimiez), de la facilité des communications.

Certaines stations hivernales chaudes des pays du Nord : Arco, Méran, Lugano, Locarno, Palanza, Montreux, peuvent être considérées comme des stations de passage surtout pour les Russes et les Suédois qui se rendent sur le littoral ou qui en reviennent; on y fait aussi des cures de raisin.

A quelle époque peut-on utiliser les stations hibernales?

Kisch a réuni en une sorte de calendrier les stations où un malade peut séjourner en hiver.

En septembre, nous trouvons : Arco, Baden-Baden, Bex, Montreux, Saint-Beatenberg, Falkenstein, Gersau, Gœbersdorf, Gries, Interlaken, Ischl, la Spezia, Lugano, Méran, Pallanza, Reichenhall, Soden, Vevey, Wiesbaden.

En octobre, les stations sont : Arco, Baden-Baden, Bordighera, Gries, la Spezia, Lugano, Méran, Pallanza, Pau, San Remo, Venise, Montreux, Vevey, Wiesbaden.

En novembre, décembre, janvier et février, ce sont : Ajaccio, Aciréale, Alger, Arco, Bordighera, le Caire, Cannes, Catane, Gries, Madère, Menton. Méran, San Remo, Venise, Wiesbaden.

En mars, les malades iront à Aciréale, Arco, Catane, Montreux, Gries, la Spezia, Méran, Nervi, Palerme, Pallanza, Pau, Pegli, Pise, Venise.

Enfin en avril, les stations seront : Arco, Baden-Baden, Bex, Bordighera, Cannes, Gersau, Gries, la Spezia, Menton, Méran, Montreux, Nervi, Nice, Pallanza, Pegli, Pise, Venise, Wiesbaden.

Quelles sont les indications du séjour dans le midi? On y enverra les malades ayant une certaine aisance, ceux atteints d'affections des voies respiratoires, de presque toutes les maladies chroniques sauf du cœur, les demi-malades, les invalides, les surmenés.

Par contre, il est contrindiqué chez les tuberculeux arrivés à la dernière période de leur maladie, chez les personnes trop nerveuses, trop excitables, atteintes d'insomnies, de névralgies. On n'enverra pas non plus indifféremment les phtisiques aux stations humides et aux stations sèches, ces dernières convenant aux malades atteints de phtisie à marche torpide, tandis que les phtisiques éréthiques devront préférer les stations humides.

La durée du séjour devra être assez longue. Il faut arriver vers la fin octobre pour ne revenir qu'au 15 mai, une fois la lune rousse terminée, surtout pour les gens du nord. Comme station intermédiaire on pourrait se diriger vers le sud-ouest de la France et en Touraine.

Il existe enfin quelques stations d'été dans le midi, surtout depuis l'ouverture des chemins de fer du sud; il y a quelques hôtels à Cagnes, à Vence, etc.; Saint-Martin-Lantosque, à 950 mètres d'altitude et à 6 heures au nord-est de Nice était déjà recommandé par Bennett; mais en ces différents points les installations laissent encore beaucoup à désirer et nécessitent de grandes améliorations.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, vol. XVI, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, Paris. — Progrès médical et Félix Alcan.

Ce volume est divisé en trois parties. La première a trait à l'histoire des services de Bicêtre et de la fondation Vallée pendant l'année 1895. La lecture de ce volume fait entrer dans des détails curieux et fort intéressants sur l'enseignement primaire et les moyens qu'on emploie pour instruire et éduquer les enfants idiots, gâteux ou non, parfois épileptiques, sur l'assistance et l'éducation des enfants arriérés et anormaux. On trouvera dans ce volume des renseignements sur la présence et l'état du thymus et de la glande thyroïde chez les malades qui ont succombé en 1895, mais jusqu'à présent l'auteur n'en tire aucune conclusion, parce qu'on n'a pas fait des recherches analogues sur les enfants normaux.

La deuxième partie est consacrée à la clinique et à l'anatomie pathologique, et comprend treize observations auxquelles sont annexées de fort belles planches.

La deuxième partie a trait à des observations thérapeutiques. Elle comprend trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne. Des observations ont été faites sur les trois cas au point de vue de l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité. Sous l'influence de la médication thyroïdienne l'amaigrissement est rapide, mais il ne persiste pas, le malade s'accoutume au traitement, et lorsqu'on suspend l'engraissement reprend. Quant à la croissance, l'influence de la médication n'est pas douteuse, et les enfants croissent à peu près comme dans l'état normal. Une observation d'imbécillité probablement congénitale et accompagnée de spasmes musculaires et de coprolalie est intéressante au point de vue des résultats amenés par ce traitement médico-pédagogique. Un dernier chapitre à trait à l'emploi thérapeutique du bromure de camphre dans diverses affections.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

De la récidive des oreillons, par le Dr Busquet. (*Rev. de méd.*, septembre 1896, p. 744). — L'immunité conférée par une première atteinte d'oreillons est absolue pour la plupart des auteurs. « Si la maladie peut présenter des rechutes, dit le Dr Comby, elle ne récidive pas. » Cependant Servier, Antony ont cité quelques exemples de récidives et la statistique médicale de l'armée la signale fréquemment dans ces dernières années.

Sur ce point encore, les oreillons se rapprocheraient donc des fièvres éruptives.

Le Dr Busquet, médecin aide-major de 1re classe, en publie trois nouvelles observations. Chez l'un de ses malades, l'affection a récidivé trois fois à des intervalles successifs de trois ans et demi, sept mois, un an : 22 jours après la 2e atteinte il y a eu une rechute. Dans les autres cas la récidive a eu lieu après 92 et 58 jours.

Chez ces trois malades, le Dr Busquet a recherché avec le professeur Ferré (de Bordeaux) l'agent spécifique dans le sang de la circulation générale et dans la salive parotidienne.

Ils ont toujours rencontré dans le sang un diplocoque fort semblable à celui de Laveran, Catrin et Antony. La salive recueillie dans le canal de Sténon renfermait un diplostreptocoque analogue à celui de Barbier, qui, en bouillon, donnait de longues chaînes, mais présentait un caractère tout spécial. Dans le suc parotidien du bœuf, dans le sérum sanguin liquide de l'homme, il s'isolait d'emblée en diplocoques; de même dans les très vieilles cultures sur bouillon.

Le Dr Busquet a constaté la présence des mêmes microorganismes chez 17 autres malades atteints d'oreillons.

Dr E. Deschamps,

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 novembre 1896.— Présidence de M. A. Cornu

Sur la répartition de la lipase dans l'organisme — M. Hanriot. Dans une note précédente (voir *France médicale* n° 47, p. 760) j'ai montré que le sérum du cobaye et du lapin renfermait un ferment hydratant des graisses, et j'ai décrit le procédé qui m'avait permis de le constater. J'ai depuis étendu ces recherches aux sérums de divers mammifères, et cherché à établir la localisation de ce ferment dans les tissus et humeurs de l'organisme.

Les sérums étudiés provenaient des espèces suivantes : hommes en santé (sang artériel), chien, cheval, bœuf, veau, mouton, âne, cobaye et lapin. Tous ont présenté la réaction caractéristique de la lipase, mais avec des intensités variables. Il serait, je crois, prématuré de tirer une conclusion quelconque de ces variations; j'ai montré, en effet, que l'action du sérum varie pour un même animal avec les conditions d'alimentation et de travail; or la plupart des sérums que je viens de mentionner provenaient de l'abattoir et je n'ai pu avoir de renseignements suffisants sur les animaux qui les avaient fournis pour pouvoir les comparer entre eux. Mais ce qui ressort de cette recherche, c'est que la présence de la lipase dans le sérum est un phénomène général chez les mammifères.

Pour évaluer les quantités relatives de lipase des divers tissus de l'organisme, j'ai préparé des infusions de tissus présentant toutes la même concentration. J'y suis arrivé de la façon suivante : un animal était saigné à blanc ; le sang était abandonné à la coagulation; on prélevait immédiatement les organes que l'on voulait étudier, on les pesait, on les triturait avec du sable et l'on délayait la pulpe dans le mortier même avec vingt fois son poids d'eau; puis, après un contact d'un quart d'heure, on filtrait sur le papier et l'on évaluait la richesse des liquides en lipase par le procédé décrit précédemment.

Les résultats obtenus sont consignés dans le tableau suivant :

	Sérum 1re	Lymphe.	Pancréas.	Foie.	Muscle.	Capsules surrénales	Testicule.	Corps thyroïde.	Rate.
h m									
0 25	11	0	10	3	0	1	0	0	1
2.25	33	1	32	10	1	3	1	2	3
2.55	43	2	42	13	1	4	1	2	3
4.25	60	4	59	18	2	6	2	**3**	3
5.5	80	5	82	24	3	9	3	**5**	**5**

Il s'ensuit que parmi les organes examinés, seuls le pancréas, le foie et le sérum se sont montrés actifs, les chiffres très faibles qui correspondent aux autres tissus sont vraisemblablement dus à la petite quantité de sang qui y était restée.

Quelle est l'origine de la lipase dans l'organisme? On voit de suite que l'on ne peut attribuer sa production ni au testicule, ni au corps thyroïde, ni à la rate, ni aux capsules surrénales dont l'influence sur l'engraissement ou l'amaigrissement est cependant hors de doute. Je ne crois pas non plus que le pancréas soit le producteur de ce ferment : j'ai, en effet, effectué sur un chien l'ablation du pancréas, et j'ai constaté que le sang recueilli au bout de vingt-quatre heures m'a fourni un sérum un peu plus actif que celui d'un chien normal; je signalerai, toutefois, que l'ablation du pancréas n'avait pas été complète et que j'ai pu constater, à l'autopsie, qu'il en restait deux petits fragments.

On peut aussi supposer que la lipase provient des globules sanguins; c'est ainsi qu'on a montré que le ferment fibrinogénique et le ferment glycolytique, que l'on trouve dans le sérum, ne se rencontrent pas dans le plasma. Pour résoudre cette question, j'ai recueilli, dans deux vases, du sang artériel de chien; l'un d'eux fut abandonné à la coagulation spontanée, et j'en ai examiné le sérum ; l'autre fut additionné d'oxalate de potassium, puis centrifugé immédiatement; son plasma, séparé des globules, me fournit une activité comparable à celle du sérum obtenu précédemment. Ce ferment existe donc bien dans le plasma et ne sort pas des globules après la mort.

Il résulte des faits qui précèdent que le ferment lipasique qui se rencontre dans le sang fait défaut dans la plupart de nos organes (sauf le pancréas et le foie, où il remplit une destination spéciale). Son rôle dans les actes de dénutrition est de solubiliser les réserves graisseuses et de les re mer

en circulation dans le sang, où elles ne terderont pas à être comburées. Il importe donc bien de distinguer l'action lipasique du sang, qui n'entraîne que la saponification des graisses, de l'action lipolytique, signalée récemment par Cohnstein et Michaelis, qui appartient seulement aux globules sanguins, et qui consiste en une oxydation complète des graisses en eau et acide carbonique.

L'achromatomètre. — M. A. M. Bloch. Je désigne sous le nom d'*achromatomètre* un instrument destiné à mesurer la pression nécessaire pour décolorer, en la rendant exsangue, une région limitée du tégument. La pression est exercée par une lame de verre adaptée à une tige à ressort graduée en grammes ; cette disposition permet de se servir de l'instrument dans une position quelconque et, par conséquent, sur toutes les régions des corps.

En 1875, von Kries employait des lames de verre qu'il chargeait de poids, pour obtenir un résultat semblable. En 1880, Roy et Graham utilisaient la méthode de von Kries pour décolorer la membrane interdigitale de la patte de la grenouille ; mais la nécessité de placer la plaque horizontalement rendait peu pratique ce procédé d'exploration, tandis que l'achromatomètre se prête à des examens variés et commodes.

L'instrument se compose d'une tige métallique entrant dans un étui qui contient un ressort à boudin. La tige se termine par un étrier d'acier dont la base est formée par un disque de verre de 8 mm. de diamètre. Pour s'en servir, on comprime directement les parties résistantes, comme le front, les ongles, la peau des membres, et l'on peut opérer en plein jour. Quand il s'agit de parties mobiles, le lobule de l'oreille, la peau du scrotum, il faut établir un point d'appui à la pression de l'instrument, en plaçant de l'autre côté de l'organe à étudier une plaque de verre que l'on tient à la main. On éclaire cet autre côté avec une bougie et, pour mieux faire, on se place dans la chambre noire.

La pression nécessaire pour produire la décoloration mesure, jusqu'à un certain point, la tension des petits vaisseaux sous-jacents. Elle est également fonction de la résistance des tissus que l'instrument comprime, aussi le procédé ne peut-il pas donner la mesure absolue de la pression sanguine dans les capillaires. Mais le but est surtout d'obtenir la comparaison de résultats successifs pendant le cours de certaines maladies et comme, dans ces cas, les tissus demeurent sensiblement identiques, on peut attribuer aux pressions capillaires les différents résultats que donne l'achromatomètre. Les courbes que l'on peut établir prennent plus d'importance encore lorsqu'on les compare à celle que fournit l'examen de la tension du pouls et, à ce propos, je rappellerai le procédé d'exploration de l'artère radiale dont je suis l'auteur et l'instrument que j'ai présenté à la Société de Biologie en 1888, sous le nom de *sphygmomètre*.

C'est un instrument semblable à l'achromatomètre, mais plus puissant, permettant des pressions de 1,000 gr., alors que le premier ne va que jusqu'à 300 gr. Au lieu du disque de verre, la tige du sphygmomètre se termine par un patin plat et c'est ce patin qu'on appuie sur l'ongle du doigt qui est appliqué sur l'artère.

Tenant l'instrument d'une main, on presse sur le doigt de l'autre main, jusqu'à ce que l'artère cesse de battre et on lit sur la tige le nombre de grammes qu'il a fallu pour produire cet effet.

Ici encore, on ne peut pas attribuer à la pression sanguine seule la résistance que l'artère offre à l'écrasement. Mais cette pression est le facteur principal du résultat et, lorsqu'on suit un malade, de jour en jour, on peut tracer la courbe des chiffres qu'il a fournis et considérer cette courbe comme représentant sensiblement les modifications de la pression sanguine artérielle.

Je réserve pour une prochaine Note l'exposé des observations que j'ai prises dans mon service de l'asile de Vincennes, en appliquant à certains malades, et concurremment, les deux examens.

J'ajoute que j'ai fait construire un second instrument plus délicat, dont je me suis servi pour décolorer les vaisseaux de l'oreille du lapin. Le procédé pourra, je l'espère, être employé en physiologie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre. — Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Peyrot, Richelot, Schwartz et Segond, dans la section de pathologie chirurgicale, de M. Behal dans la section de pharmacie ; 2° un pli cacheté sur un nouveau procédé de stérilisation des produits utiles aux opérations chirurgicales, déposé par le Dr Triollet.

Mort de M. Mahé. — M. le Président annonce la mort de M. Mahé, correspondant national de l'Académie.

Falsification de la bière par le bisulfite de chaux. — M. le Dr Manouvriez, correspondant de l'Académie à Valenciennes. Les buveurs fréquentant les établissements desservis par une même brasserie de Valenciennes trouvaient depuis quelque temps la bière mauvaise et se plaignaient de troubles divers : nausées, vomissements, sensation de barre épigastrique, inappétence, coliques, diarrhées et météorisme, courbature, faiblesse des jambes et lassitude, alourdissement et hébétude. Une analyse chimique révéla dans la bière la présence du bisulfite de chaux. Le brasseur se servait pour coller ses bières, après fermentation en fûts, d'un clarifiant dit « conservateur » ; l'analyse chimique montra que cette colle liquide, à base végétale, renfermait par kilogramme 0 gr. 494 d'acide sulfureux, correspondant à 6 gr. 023 de bisulfite de chaux à 12°5 Baumé. Les clarifications avaient introduit dans la bière, par litre, de 2 gr. 778 à 11 gr. 095 de colle, soit de 0 gr. 17 à 0 gr. 067 de bisulfite de chaux à 12°5 Baumé et par conséquent de 0 gr. 00137 à 0 gr. 00548 d'acide sulfureux. On peut se demander si cette colle est la seule cause des accidents observés chez les buveurs, la bière devait être de mauvaise qualité en dehors de cela, mais, ingéré avec la bière, l'acide sulfureux est de nature à rendre cette boisson indigeste en entravant l'action des ferments de la digestion ; M. Manouvriez estime même qu'il exerce sur l'appareil digestif une action irritante seule capable d'expliquer les troubles sérieux observés chez quelques malades.

Sur les lésions des vaisseaux, artères et veines, et la formation des cicatrices consécutives à une ligature. — M. Cornil. Après la ligature d'une artère on constate dès le premier ou le deuxième jour la multiplication des cellules de l'endothélium qui se gonflent, devien-

nent cylindriques, s'enchevêtrent et souvent s'anastomosent; un certain nombres d'entres elles apparaissent libres dans le caillot sanguin. Ces cellules deviennent les agents actifs de l'organisation des caillots et de la réparation cicatricielle des veines au niveau de la ligature et dans toute la région voisine où le sang s'est coagulé. Quarante huit heures après la ligature ces grandes cellules endothéliales, à protoplasma menbraniforme, à noyau ovoïde, sont appliquées contre des fibres ou grumeaux de fibrine coagulée près de la paroi entourent déjà ces grumeaux fibrineux, les unissent par leur prolongement protoploémique. Par ces anastomoses des cellules entre elles, ces grumeaux de fibrine sont déjà réunis entre eux et greffés sur la paroi interne de la veine, deux jours après la ligature, si bien que sur une coupe transversale du vaisseau on peut voir comme un petit bourgeon formé de deux ou trois de ces grumeaux. On voit des cavités bornées par des cellules endothéliales et qui ressemblent absolument à des vaisseaux capillaires. Ces cavités sont anastomosées entre elles et il ne leur manque que du sang circulant pour être réellement un réseau de vaisseaux sanguins. Dix jours après la ligature, la transformation complète du caillot en un tissu conjonctif est achevée. Les vaisseaux sanguins de la paroi se sont unis avec les cavités pseudo-capillaires du bourgeon cellulaire endo-phlébitique et la circulation sanguine s'effectue dans les canaux préformés. Les mêmes phénomènes s'observent à la surface interne des artères comprises dans une ligature : prolifération de l'endothélium ; pénétration par lui du caillot fibrineux ; bourgeon cellulaire plus marqué en un point; formation de fentes et d'un réseau pseudo-capillaire dans le coagulum fibrino-sanguin, etc. Le processus de cicatrisation est plus lent sur les artères que sur les veines : il retarde de cinq à six jours, ce qui s'explique aisément par la résistance des lames élastiques et la difficulté qu'éprouvent les vaisseaux de la tunique externe à les traverser.

Morve chronique chez l'homme. — M. Hallopeau, fait un rapport sur un travail lu à l'Académie par M. Rémy. Il s'agit d une forme localisée de la maladie. M. Hallopeau exprime le regret que la lésion initiale qualifiée de panaris et qui mérite d'être assimilée à un chancre n'ait pu être étudiée par l'auteur ; il serait désirable que cette première manifestation fut minutieusement décrite et séparée des autres inoculations infectieuses aiguës ; on pourrait alors, en la détruisant, essayer, avec plus de chances que dans la syphilis, d'enrayer le développement de la maladie, car l'infection peut rester longtemps localisée ; il semble que les adénopathies puissent lui former une barrière ; il serait intéressant de rechercher, chez un animal, si dans un cas de farcinose ainsi circonscrite, les autres parties de l'organisme sont ou non en état d'immunité à l'égard du virus.

Pour confirmer le diagnostic de morve, M. Rémy a eu surtout recours à la méthode que l'on doit à M. Strauss ; elle consiste dans l'inoculation intra péritonéale du pus farcino-morveux : 36 heures après, on peut constater les signes d'une vaginalite aiguë; cette réaction est pathognomonique quand elle est conforme au type décrit par M. Strauss ; il faut signaler cependant une cause d'erreur : le pus farcino-morveux n'est pas le seul dont l'inoculation intra-péritonéale puisse donner lieu à une vaginalite suppurative : en effet, M. Hallopeau, avec le concours de M. Bureau, a inoculé à 3 cobayes u pus provenant des surfaces ulcérées d'un mycosis fongoïde ; or tous trois ont été atteints rapidement d'une vaginalite suppurée ; cette altération s'est différenciée de celle que produit l'inoculation farcineuse par son apparition plus tardive, par la tuméfaction moindre et par l'aspect non caséeux du pus.

Le bacille morveux est remarquable par sa grande virulence, sa puissance destructive supérieure à celle des tuberculoses et des syphilis les plus malignes et aussi par sa grande vulnérabilité : une simple cautérisation peut suffire à en enrayer la propagation; aussi, le traitement par le thermo-cautère, lorsqu'il peut être mis en œuvre, est-il le plus efficace; la guérison est possible ; elle ne doit être considérée comme définitive qu'au bout de nombre d'années car, comme la tuberculose, la syphilis et la lèpre, la maladie peut pendant très longtemps rester silencieuse pour se manifester de nouveau par des accidents presque toujours mortels.

A 4 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix lus dans cette séance par MM. Le Dentu, Landouzy et P. Berger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novemb. 1896. — Présidence de M. d'Heilly

Vésanie temporaire chez l'enfant à la suite de la fièvre typhoïde. — M. Comby. Chez un petit garçon de trois ans entré à l'hôpital Trousseau le 12 octobre, pour une fièvre typhoïde au huitième jour, la température oscille autour de 40° et bientôt des taches rosées se montrent sur l'abdomen. La maladie se termine au vingt-sixième jour par une défervescence complète après quelques grandes oscillations. A ce moment éclate un délire maniaque intense. L'enfant crie, veut se lever, il a les yeux fixes et hagards, il ne reconnaît pas ses proches et semble en proie à des visions terrifiantes. Cet état persiste pendant huit jours et s'atténue pour disparaître après quinze jours de durée. Cherchant à calmer cet enfant, je lui ai donné, à deux reprises, le soir, 25 centigrammes de trional qui lui ont procuré un sommeil calme et tranquille. L'enfant est sorti guéri de l'hôpital le 15 novembre.

Ces accidents sont exceptionnels dans la convalescence de la fièvre typhoïde infantile. Cependant un médecin de Washington, le Dr Adams, vient de publier l'histoire de quatre cas semblables recueillis dans son service de l'hôpital.

Parmi ces quatre enfants, plus âgés que le mien (7, 9, 12 et 13 ans), deux avaient une forme de délire maniaque avec cris, chants, agitation, gestes incohérents, etc. ; les deux autres avaient la forme mélancolique avec stupeur, hébétude, idiotie. Ces quatre enfants guérirent parfaitement dans un délai de quelques semaines à quelques mois. On peut se demander si ces sujets ne sont pas destinés à devenir plus tard des aliénés, des épileptiques ou des hystériques. Mais, à ce point de vue, leurs antécédents héréditaires et personnels sont muets, et la guérison de leurs manifestations s'est maintenue dans les cas qui ont été suivis.

Pour expliquer ce délire qui se montre à la fin de la maladie, quand la fièvre a cessé, quand la convalescence s'est établie, on est porté à incriminer l'état de faiblesse et

de dénutrition des sujets. Et en effet souvent le meilleur remède à cet état consiste dans une alimentation succulente.

Emphysème sous-cutané familial. — M. GALLIARD. M. A. Valdès, de Matanzas (Cuba), communique trois cas d'emphysème sous-cutané compliquant la rougeole chez trois sœurs. Deux de ces malades ont été observées par lui-même, l'une âgée de quinze ans, l'autre de dix-sept ans. Chez la première l'emphysème sous-cutané s'étendit au cou des deux côtés, au tronc et au membre supérieur du côté gauche : chez l'autre, il demeura limité au cou. Dans les deux cas, la rougeole ne s'accompagnait que d'une bronchite peu intense. La troisième sœur, morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de vingt-trois ans, avait présenté à l'âge de dix-sept ans, au cours de la rougeole, la même complication.

Les deux frères de ces trois sujets n'ont rien présenté d'analogue. Tous les cinq ont eu la coqueluche sans incident. Leur père est asthmatique. On peut incriminer une fragilité congénitale des vésicules pulmonaires et tenir compte aussi de la prédisposition créée par la coqueluche antécédente.

Hémiatrophie linguale. — M. BABINSKI communique un travail du Dr Ricochon (de Champdeniers) sur un cas d'hémiatrophie linguale due à une lésion de l'hypoglosse chez un sujet atteint d'ostéo arthrite tuberculeuse de l'articulation occipito-atloïdienne gauche. Cette observation est identique à celle qu'à présentée à la Société M. Babinski le 31 juillet, en ce qui concerne le changement de position de la langue par rapport à la ligne médiane, suivant que la bouche n'est qu'entrouverte ou toute grande ouverte, suivant que la langue est attirée en arrière ou portée en avant. Quand la bouche est légèrement ouverte, la langue occupe, comme à l'état normal, la position médiane ; lorsque la bouche est largement ouverte et que la langue est portée en arrière, la pointe dévie du côté sain; au contraire, quand la malade tire la langue hors de la cavité buccale, la pointe dévie du côté de l'hémiatrophie. Ces deux observations diffèrent au point de vue fonctionnel ; chez la malade présentée par M. Babinski, la déglutition était normale ; M. Ricochon a observé, au contraire, des troubles de la déglutition dont il cherche à pénétrer le mécanisme Cette différence tient peut-être à ce que, dans le dernier cas, l'hémiatrophie est encore plus prononcée qu'elle ne l'était dans le premier où pourtant elle était déjà très marquée.

Dermofibromatose pigmentaire. (Neuro-fibromatose généralisée). — M. CHAUFFARD. Cette affection, étudiée en 1882 par Recklinghausen, puis, plus récemment par Landowski, par P. Marie, est désignée sous le nom de neuro-fibromatose généralisée, appellation qui me paraît défectueuse.

Un homme de 37 ans, grand, maigre, peu robuste, fils d'alcoolique et frère de tuberculeux, entre le 15 mars 1896 à Cochin. Il a présenté il y a 6 mois une pleurésie gauche accompagnée d'un érysipèle bénin de la face : pas de syphilis ni d'alcoolisme. Il est atteint de diarrhée chronique, datant de 15 mois, accompagnée de coliques ; il présente 5 à 6 selles liquides par jour, mais ni sanglantes, ni graisseuses : le ventre est sensible à la palpation.

Il présente le syndrome complet de la neurofibromatose. A la surface et dans l'épaisseur de la peau existent 110 à 120 petites tumeurs nodulaires, variant entre le volume d'une lentille et celui d'une noisette, sessiles ou largement pédiculées, mobiles, asymétriques, indolentes, sans changement de coloration de la peau à leur niveau. Les premières tumeurs ont apparu il y a cinq ans au visage, au bras gauche, à l'épigastre. La peau est un peu terreuse et foncée et montre une vingtaine de taches pigmentaires grandes à peu près comme une pièce de 50 centimes : elles existent surtout au tronc et aux lombes et sont plus volumineuses, depuis trois ans. Rien aux muqueuses ni aux organes génitaux. En outre quelques nævi ; le malade ne sait quand ils ont apparu. Pas de troubles nerveux nets, pas de fibrome perceptible sur le trajet des troncs nerveux accessibles à la palpation.

Le malade s'amaigrit de plus en plus, la diarrhée persista, parfois un peu graisseuse, et des vomissements alimentaires apparurent. Le ventre était sensible à la palpation surtout dans le flanc droit ; il sentait aussi en ce point des douleurs spontanées.

L'examen du suc gastrique montra une absence complète d'acide chlorhydrique, avec traces de peptone et d'acide lactique. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Mort le 13 août dans le marasme cachectique.

A l'autopsie on trouva deux séries de lésions : des tumeurs de la peau, et des lésions des capsules surrénales et du pancréas.

1° *Lésions cutanées* : Les nodules de la peau sont indépendants des nerfs adjacents ; Ils ne méritent donc pas le nom de neuro-fibromes. Les nerfs profondément situés ne présentent non plus aucun renflement nodulaire.

Ce cas est donc comparable à celui que M. P. Marie a récemment signalé à la Société, où la systématisation périnévritique des fibromes semblait ne plus exister. La qualification de *neuro-fibromatose* donnée à cette maladie par Recklinghausen a donc le grave défaut d'impliquer un processus périnévritique qui manque souvent. Aussi Landowski, après Lahmann, admet-il que les tumeurs cutanées peuvent avoir des origines diverses : gaines péri-vasculaires, enveloppes conjonctives des glandes sudoripares ou sébacées. Dans notre cas, nous ne voyons pas nettement le point de départ du processus fibromateux.

On peut donc diviser les cas en deux catégories : *a*. Fibromes à point de départ périnévritique et accompagnés de névromes multiples, ramulaires ou tronculaires ; *b*. Fibromes à point de départ non périnévritique, et non accompagnés de névromes multiples. Dans les deux catégories des cas il existe des nævi et des taches pigmentaires.

L'ensemble de ces faits pourrait être appelé fibromatose pigmentaire, et à la première catégorie on donnerait le nom de neuro-fibromatose pigmentaire, et à la seconde le nom de dermo-fibromatose pigmentaire : notre observation appartient à cette dernière variété.

2e *Lésions viscérales* : Derrière l'estomac existe une tumeur en fer à cheval comprenant le pancréas, les capsules surrénales et des ganglions. Le pancréas forme une masse énorme surtout développée aux dépens de la tête et du corps ; le tissu pancréatique est induré, lardacé, et offre tous les caractères objectifs du cancer. (Le cholédoque, par suite d'une anomalie, ne traversait pas la tête du pancréas, ce qui explique l'absence d'ictère.) Les capsules surrénales sont

énormes, le tronc et les rameaux du sympathique gauche sont englobés dans la masse. Les ganglions adjacents aux capsules sont hypertrophiés et dégénérés. Histologiquement ces différents organes présentent des lésions de dégénérescence adénomateuse. L'examen des coupes rend vraisemblable l'interprétation suivante : dégénérescence capsulaire, double et symétrique, puis dégénérescence secondaire du pancréas et des ganglions lymphatiques.

Pas traces de noyaux néoplasiques dans les autres organes. Pas de lésions tuberculeuses en aucun point. Le point de départ de cet adénome nous paraît avoir été la capsule surrénale. Cliniquement nous n'avons pas eu affaire à une véritable maladie bronzée d'Addison, mais à un syndrome partiel et dissocié de l'addisonisme.

Y a-t-il un rapport entre la dermo-fibromatose et la dégénérescence adénomateuse des capsules surrénales et du pancréas, ou simple coïncidence ? On ne peut pas le dire, notre observation étant unique dans la science.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. LADREIT DE LACHARRIÈRE.

Rapport sur la candidature de M. le Dr Germe. *(Suite et fin)* (1). Nous continuons à citer Wardrop :

Fonctions pulmo-cardiaques. — Outre les deux importants offices de l'appareil circulatoire liés à la circulation du sang, qui tous deux peuvent être considérés comme dépendant ensemble des changements dans la forme et la capacité des cavités thoraciques, il en est un troisième et comme je m'efforcerai de le démontrer, une fonction accessoire qui est accomplie par les poumons eux-mêmes, les vaisseaux pulmonaires servant de réceptaculum ou de réservoir pour recevoir le surplus de la quantité de sang, veineux ou artériel, que les cavités du cœur ne peuvent pas admettre. De là, afin de distinguer cette fonction de toutes les autres accomplies par l'appareil respiratoire, la dénomination que je lui ai donnée de fonction pulmo-cardiaque.

Comme le stock du sang au cœur peut rarement être uniforme, sinon peut-être pendant le sommeil, le retour du sang veineux et la sortie du sang artériel étant sujets à des irrégularités constantes, il est surprenant que les physiologistes n'aient jamais cherché par quels moyens l'organe central de la circulation peut s'accommoder à de telles presqu'incessantes variations dans son stock de sang.

Toutes les fois que par une cause quelconque le sang ne peut pas trouver une sortie facile du ventricule gauche, et que au même moment il n'y a pas diminution dans l'apport du sang veineux à l'oreillette droite, l'accumulation du sang ou la congestion peut se faire dans les cavités du cœur, et en conséquence, pour prévenir une telle accumulation, dont les effets seraient plus ou moins fâcheux, de nouveaux moyens sont nécessaires en dehors des pouvoirs expansifs des parois de la poitrine. Tout mouvement musculaire, l'état de l'estomac, l'exercice de l'esprit, les différentes positions du corps, influencent tous, directement ou indirectement, à la fois l'afflux et la sortie du sang du cœur. Il est donc important de découvrir par quels moyens le cœur peut s'accommoder à de tels changements constants dans son stock de sang et comment il peut parer à ces troubles de la circulation qui seraient nécessairement produits par des irrégularités dans son apport aux différents organes. Cette recherche, nous le verrons, dévoile un bel et cependant non moins simple, artifice pour exécuter ce qui a pu paraître une fonction complexe de l'économie.

S'il y a seulement une légère augmentation dans la quantité de sang contenu dans le cœur, ce stimulus additionnel, en augmentant la vigueur des mouvements du cœur, peut, avec la qualité élastique de la portion fibro-cartilagineuse de son tissu, qui est placée à l'origine des grands vaisseaux, peut suffire à égaliser la circulation. Mais si l'apport de sang au cœur est assez considérable pour que la quantité excédente ne puisse pas être admise dans ses cavités, les poumons sont alors requis de prêter leur concours.

Pour remplir cette fonction pulmo-cardiaque, la structure les poumons est admirablement adaptée. Les vaisseaux pulmonaires étant englués dans une substance molle et flexible, sont susceptibles de degrés variés de distension, de sorte qu'ils reçoivent facilement la quantité excédante de sang, soit artériel, soit veineux, et la retiennent jusqu'à ce qu'elle puisse être reçue dans le cœur. La même structure qui permet aux vésicules de s'accommoder à ces différences dans la quantité d'air qui ont lieu pendant la respiration permet aussi aux vaisseaux pulmonaires de s'accommoder à la réception des quantités variées de sang qui peuvent y être poussées.

Une fonction est donc accomplie par les organes respiratoires qui n'a aucun rapport avec l'artérialisation du sang, appel du sang veineux dans le cœur droit, aide à la circulation dans les poumons ; et quand on considère combien souvent et par quelles causes légères le courant du sang artériel est empêché de quitter le cœur gauche et combien fréquemment le retour du sang veineux est accéléré vers le ventricule droit, la fonction pulmo-cardiaque doit-être regardée de première importance.

Cette fonction exerce une remarquable influence sur la fonction de la respiration ; car toutes les fois que la sortie du sang artériel du ventricule gauche est empêchée par des contractions musculaires et que le passage du sang des poumons dans l'oreillette gauche est interrompu, la vélocité du sang dans les veines sera aussi accrue et le sang veineux doit s'accumuler dans les artères pulmonaires. Ainsi, le sang étant accumulé dans les artères et dans les veines pulmonaires aussi bien que dans les deux cœurs, la respiration devient pressée et sa fréquence augmentée en proportion du degré d'obstacle qui est offert à la distension des vésicules ; et la respiration accélérée continuera jusqu'à ce que la circulation soit égalisée, le cœur tranquille et les poumons congestionnés soulagés de toute la quantité de sang excédante.

En conséquence excepté quand la fourniture du sang au cœur est uniforme, comme dans le sommeil, la respiration varie constamment ; quelquefois les inspirations, quelquefois les expirations sont raccourcies ou prolongées, ou la durée de l'intervalle entr'elles est changée ; toutes variations causées par les altérations dans la quantité de sang contenu dans les vaisseaux pulmonaires.

Si la congestion pulmo-cardiaque va au-delà d'une certaine limite pendant un exercice musculaire, l'individu devient épuisé non par fatigue des muscles mais par les cavités du cœur et les vaisseaux pulmonaires devenant s

(1). V. *France méd.* n° 47, p. 765.

argés de sang qu'ils interrompent la circulation. Il y ae ie circonstance regardant l'anatomie des poumons décrite, ur la première fois par Sir E. Home qu'il importe de ɔter ici, parce qu'elle me parait matériellement aider à pliquer ce trait particulier de la fonction de l'appareil ılmonaire. D'après ses dissections il semble que dans la oportion où les vésicules sont distendues, la circulation ı sang dans les vaisseaux pulmonaires est interrompue, si les vésicules sont complètement distendues, les capil- ires pulmonaires, par l'obstruction causée par les vési- ules sus-distendues ne peuvent transmettre le sang aux eines pulmonaires. Quand on injecte les artères des pou- ons d'un mouton l'injection retourne très facilement par s veines, mais quand les vésicules ont été auparavant très istendues l'injection ne pouvait pas être forcée dans les eines pulmonaires. Pour mieux faire saisir ce fait anato- ique important, je remarque que par de très pleines ins- irations l'action du cœur est diminuée et que plus les aspirations sont courtes et fréquentes, plus rapides eviennent les mouvements du cœur. De plus, quand par aladie une portion du poumon n'est plus capable d'aider l'artérialisation du sang, la portion saine ayant un travail dditionnel à fournir, la respiration augmente de fréquence t par suite l'action du cœur augmente, circonstance qui xplique l'accélération du pouls pathognomonique de la hthisie tuberculeuse.....

Les moyens variés auxquels on a recours dans les exer- ices musculaires variés agissent tous en limitant les ins- irations et empêchent ainsi un tel degré de distension des ésicules qu'il nuirait au passage facile du sang des artères ulmonaires dans les veines pulmonaires.. Caillou dans la ouche, respiration nasale seule, bonbons, ceinture, entraî- ement, etc.

L'accumulation du sang dans les vaisseaux des poumons empêche l'inspiration de la quantité suffisante d'air pour rtérialiser le sang.

Je m'efforcerai de montrer que le rire, le cri, le pleur, le anglot, le soupir, la toux, l'éternuement, le hoquet, le vomissement sont pour l'économie des moyens de changer a circulation du sang dans le cœur, dans un dessein essen- iel.— Certaines sensations dans la tête, telles que l'étour- lissement, le vertige à l'occasion de la nage, du tournoie- ment rapide, les sonneries, les fausses images, le mal de mer dépendent de la fonction de la respiration et sont em- pêchés chez certaines personnes par le pouvoir qu'elles possèdent ou qu'elles peuvent avoir acquis, de modifier la respiration.

Nous sommes frappé de l'ingéniosité des vues exprimées par James Wardrop qui est arrivé par l'anatomie humaine et comparée, par l'observation sans instrumentation, sans viviscetions, aux mêmes conclusions que M. Le Germe. Je me suis fait un devoir de le signaler et M. Le Germe aime trop la science et la vérité pour me le reprocher.

Nous arrivons à un chapitre important du livre de M. L. Germe. *De l'asphyxie* (ἀ σφύξις). — Ce serait demander beaucoup que de changer la désinence du mot asphyxie ; on devrait dire asphyxe ou asphyxis ; mais pour des mots nouveaux qu'on crée, il est permis d'être plus sévère. M. L. Germe crée le mot aérostasie qui vient non pas de αερ air et σταω arrêt, mais de ἀήρ air et στάσις arrêt : σταω n'existe pas, surtout comme infinitif. Il faut dire aérostase et non aérostasie, comme on dit stase, hypostase ; de même, anhémostase, sténose, ectase, hypostase.

Pour les anciens, l'asphyxie est due à un obstacle mécanique à la circulation pulmonaire : pour les modernes, depuis Priestley et Lavoisier, elle est la conséquence du défaut d'hématose. Les anciens avaient raison, dit M. L. Germe.

La mort qui se produit en moyenne après 4 minutes chez les animaux à double circulation complètement privés d'air, aérostasés, est due à l'arrêt de la circulation pulmonaire et non au défaut d'hématose. Le sang noir peut entretenir la vie pendant un temps beaucoup plus long.

La survie des fœtus asphyxiés des mammifères n'est due qu'à la circulation du sang noir.

Le sang noir peut entretenir la vie d'un chien pendant une demi-heure sans congestionner le poumon.

On peut rétablir la circulation pulmonaire par la respiration artificielle pratiquée avec de l'azote ou de l'hydrogène et rappeler l'animal à la vie par du sang noir.

Tout obstacle siégeant sur une portion quelconque du trajet que le sang doit parcourir, à partir des veines caves, pour arriver dans l'aorte est une cause d'asphyxie.

Anhémospase par obstacle à la circulation du sang dans les cavités et conduits cardio-pulmonaires droits, insuffisances ou rétrécissements, oblitération de la veine cave supérieure, de la veine cave inférieure, embolies, etc.

Anhémospase par *aérohypertase* (ἀήρ, air, ὑπέρ excès et τάσις tension). La tension de l'air dans les voies aériennes est supérieure à celle de l'air ambiant. On l'observe quelquefois chez les scaphandriers, et dans les cas où l'air sort difficilement par suite de corps étrangers, d'asthme ou d'emphysème, et surtout dans l'effort où la tension de l'air des canaux aérifères peut dépasser de 12 à 14 cent. celle de l'air extérieur.

Asphyxie par *aérohypotase*, due à l'afflux exagéré du sang dans les cavités droites, l'artère pulmonaire et les capillaires du poumon. L'air n'entre pas dans les voies aériennes, strangulation, pendaison, submersion, etc. Utilité de la saignée.

Anhémospase (σπάδις) par paralysie ou par contracture des muscles respirateurs. Dans les deux cas, il y a immobilité du thorax et des poumons, suspension des actions hémospasique et hémopulsive qui finit, pour peu qu'elle dure quelques minutes, par entraîner la mort par arrêt de la circulation pulmonaire, c'est-à-dire par asphyxie

Anhémostase due à la *thoracosténose* (Θώραξοστενωδις) par compression périphérique du thorax. Si elle est subite et violente, le sujet ne pouvant faire aucun mouvement d'inspiration, il y a anhémospase complète et arrêt de l'entrée de l'air dans les conduits aérifères. Non seulement le sang veineux n'est pas attiré dans les cavités droites du cœur, mais celui qui y est contenu ne peut pas traverser les vaisseaux comprimés et sinueux des poumons affaissés par le rétrécissement de la cavité pectorale qui ne peut pas se dilater. Il en résulte l'arrêt de la circulation du système phlébaortique qui se termine promptement par la mort.

Anhémospase due à la *thoracoectase* par diastoasystolie des poumons. La dilatation du thorax est due à la distension des poumons qui ont perdu la propriété de se resserrer et de revenir sur eux-mêmes, d'où anhémospase, embarras de la circulation intrathoracique, diminution du ventricule gauche avec hyphémie artérielle, dilatation du cœur droit avec hypertension veineuse, phénomènes asphyxiques qui, dans la bronchite capillaire, se terminent fréquemment par la mort.

Anhémospase par systolie pulmonaire et par synéchies pleurales. M. Germe se sert à tort du terme systolie pour désigner un état d'affaissement continu du poumon dû à des causes qui s'opposent à la dilatation. Il y a le terme atélectase.

Asphyxie par anhémopulsion pulmonaire, dans l'emphysème, la bronchite capillaire, partout où le poumon a perdu son élasticité et sa contractilité.

Asphyxie par occlusion momentanée et partielle des orifices des veines pulmonaires, et de la mitrale et par le rétrécissement de la mitrale.

Asphyxie par asystolie, affaiblissement du cœur, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale, péricardite aiguë et chronique, symphyse cardiaque, myocardite, dégénérescence, etc.

Le mal de montagne. — W. Couway dans le Karakorum a gravi le 25 août 1892, le Pioneer Peak situé à 7012 mètres d'altitude, le plus élevé que l'homme ait jamais atteint.

M. Germe explique le mal d'altitude par l'expansion gazeuse abdominale. Le sang s'accumule dans le système veineux où sa tension devient tellement grande dans le voisinage de la poitrine qu'elle suffit pour rompre la paroi du ventricule droit chez les ruminants atteints de météorisation.

Le mal de montagne est dû surtout à l'anhémospase thoraco-pulmonaire que l'on peut combattre, au moins en partie, par de profondes inspirations.

Le symptôme le plus péni ble est l'anhélation, respiration courte et fréquente; courte par suite de la difficulté et de l'obstacle que le refoulement du diaphragme apporte à la dilatation de la cavité thoracique. Il entre peu d'air dans les poumons et l'hémospase est faible. La respiration est fréquente, par ce que le besoin de respirer n'est pas satisfait par hyphémie artérielle et bulbaire. Le rapport a changé entre la tension artérielle et veineuse. En moyenne, la tension dans les veines avoisinant le cœur est à celle des artères correspondantes comme 1 : 15, tandis que dans le mal de montagne il se produit, par suite de l'embarras de la circulation du système phlébaortique, un effet inverse. La tension veineuse l'emporte sur la tension artérielle.

Le mal de montagne est la conséquence de causes multiples parmi lesquelles M. Germe cite par ordre d'importance l'abaissemement de la pression atmosphérique, l'effort et le froid.

L'abaissement de la pression atmosphérique produit l'hyphémie cérébrale, l'expansion gazeuse abdominale.

Mal de ballon. — Gay-Lussac est monté à 7016 mètres, Barral et Bixio à 7004, James Glaisher et Coxwel à 8,838, Crocé Spinelli, Sivel et Tissandier à 8001. Les théories de l'hyphémie cérébrale par abaissement de la pression atmosphérique, de l'expansion gazeuse abdominale, du ralentissement de la circulation veineuse et de l'action du froid sont applicables au mal de ballon.

Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques. — M. Germe ne se contente pas de l'élasticité du cœur pour produire de la diastole. Il invoque une seconde cause; il fait pénétrer le sang dans les fibres musculaires cardiaques non pas au premier temps, mais au second temps et c'est le sang qui pénètre les fibres, qui les distend et qui élargit le cœur, qui le dilate. Pour M. Germe, au moment de la systole la circulation parois cardiaques est complètement interrompue par compression que les fibres musculaires contractées exer sur les petits vaisseaux; autrement la diastole sera la systole; mais c'est ce qu'il faut démontrer. Il grave qu'un muscle qui se contracte ne reçoive pas sang. Un cœur qui bat 150 fois par minute, presque jours en systole, ne recevrait plus de sang et serait vi bout de force. La machine est organisée pour que le s avance toujours. Malheur au cœur dont le sang recule.

Tout organe qui a travaillé doit se reposer. M. Ge l'a bien compris. Il fait servir la systole à la diastole, m il veut la diastole active, énergique etcependant ne pas fa travailler le muscle cardiaque. C'est le sang qui en pénétr au 2e temps la paroi musculaire, la distend. M. Germe ou trop la pression du sang venant par les veines pulmonai Dans le rétrécissement mitral on peut juger la force d'a ration ; ce n'est pas du souffle que l'on entend, c'est du r lement; le sang traverse le détroit sous la seule press des veines pulmonaires, il roule. A la présystole, l'or lette se contracte et chasse le sang en produisant le ce de râpe ; on a la mesure de l'état de l'oreillette. L'expérien est toute faite.

Si la nature a mis dans un contact intime le cœur et poumons, c'est qu'ils sont nécessaires l'un à l'autre. poumon est un troisième cœur, le cœur pulmonaire cœur médian. On n'a jamais mis en doute l'influence d respiration sur la circulation. On peut compter à l'aine chiffre de la respiration par les bouffées de bruit musica chaque inspiration chez les chlorotiques. On arrête bruits musicaux des jugulaires par l'effort. On a le t pour faciliter l'auscultation de dire aux malades de ne p respirer ; on diminue les bruits.

La nature est toujours simple; nous n'avons qu'à l'é dier et à tâcher de la comprendre Qui peut repr duire d une expérience physiologique ou instrumentale toutes conditions de l'état pathologique ou même physiologiqu C'est le clinicien qui pour l'homme juge en dernier re sort.

Nous devons cependant être reconnaissant envers ce qui se dévouent à ces explorations longues, pénibles quelquefois ingrates.

M. Léon Germe a bien mérité de la science.

Votre commission est heureuse de vous le présen comme candidat au titre de membre correspondant de Société de Médecine de Paris.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptée l'élection aura lieu à la prochaine séance.

Rapport sur le candidature de M. Mello Barreto titre de membre correspondant étranger, M. MARTHA *La fièvre jaune*, sa pathogénie et son traitement, par Dr Mello Barreto (Saint-Paul, Brésil, 1896). L'auteur insi au début de son travail sur les causes de la fièvre jaune : insiste avec raison sur les conditions de développement cette maladie et montre, avec preuves, qu'il faut incrimi non seulement l'eau, mais aussi l'air atmosphérique. Cert la fièvre jaune a de la tendance à diminuer dans les vill où les habitants ne boivent que de l'eau propre, non con minée. Mais dans bien des cas, très nets, indiscutables, question des eaux a pu être écartée ; et il a fallu incrimin l'air atmosphérique.

Il en est donc pour la fièvre jaune comme pour la fièvre typhoïde, et nous ne citerons pour mémoire que la dernière épidémie si caractéristique de fièvre typhoïde de Reims dans laquelle l'air seul a pu être incriminé.

L'auteur insiste également sur la nécessité de doter les villes d'eau potable irréprochable, et de prescrire un assainissement du sol.

Dans le traitement de la fièvre jaune, M. Barreto s'élève contre ceux qui cherchent à arrêter les vomissements muqueux et bilieux qui se manifestent pendant la première période de la fièvre jaune : pendant cette première période les reins sont déjà troublés dans leur fonction éliminatrice et c'est l'estomac qui les remplace. C'est donc un phénomère de substitution fonctionnelle qui a lieu et l'estomac devient de la sorte l'organe épuratoire du sang. On ne devra donc jamais faire prendre aux malades des médicaments dans le but d'arrêter cette épuration; il faut, selon l'expression de M. Barreto, laisser le malade uriner par son estomac.

L'auteur serait partisan du serum anti-streptococcique pour lutter contre les violentes hémorrhagies et les phénomènes ataxiques.

Sur ce point, nous ne partageons pas son avis et nous croyons que ce serum est encore trop inconstant, trop mal connu pour être recommandé d'une façon si catégorique.

Il nous paraît plus rationnel de prescrire, comme le dit M. Barreto, de grands bains chauds de 10 minutes toutes les 2 heures et le régime lacté absolu.

M. Barreto a écrit, en français, ce dont nous devons lui savoir gré, une brochure d'une dizaine de pages sur la fièvre jaune. Je suis persuadé qu'en lui donnant nos suffrages pour le titre de membre correspondant étranger, nous aurons fait un excellent choix et que notre Société comptera un bon ami de plus au Brésil.

Les conclusions favorables du rapport sont adoptées ; l'élection aura lieu à la prochaine séance.

Pneumonie double avec adynamie, muguet et hypothermie traitée avec succès par les bains frais. — M. Voisin (voir n° 47 page 759).

M. Besnier demande s'il y a eu des phénomènes tels que des sueurs profuses, des urines abondantes et quel était l'état du pouls etdu cœur.

M. Voisin. Il n'y a pas eu de sueurs profuses, il n'y a eu qu'une légère moiteur; il n'y a pas eu de cyanose non plus. Quant à l'état du pouls, je ne me suis occupé que de la température, à laquelle j'ai attribué la plus grande importance.

M. Duroziez regrette que M. Voisin ait abandonné le pouls, qui joue pourtant un rôle immense.

M. Voisin. Quoique élevé dans les mêmes principes que M. Duroziez, s'est vu obligé de renoncer à suivre l'état du pouls dont la variabilité ne peut donner de renseignements précis, pour adopter la thermométrie qui renseigne plus exactement. La température en effet ne subit pas les influences extérieures ou morales comme le pouls, elle est fixe, et permet de suivre la maladie avec beaucoup plus de sûreté que le pouls.

M. Frantz Glénard félicite M. Voisin du succès qu'il a obtenu, grâce aux bains froids, dans un cas de pneumonie, dont le pronostic, en raison de l'âge de la malade, de la profonde adynamie et de l'hypothermie, était des plus graves. Il n'est pas douteux que l'hypothermie ne soit dans un cas pareil, une complication, elle trahit la profonde dépression de l'organisme; de même, dans la fièvre typhoïde sans fièvre, on a noté, depuis les observations de Vallin et Strube, que cette forme grave de la maladie infectieuse se rencontrait chez les sujets qui avaient été surmenés ne présentaient préalablement une tare organique; les alcooliques y étaient plus exposés. Or, de même que dans le cas de M. Voisin, c'est à l'aide de l'eau froide que sont le mieux remplies les indications thérapeutiques.

Cet apparent paradoxe est expliqué, si l'on veut bien tenir compte, et de la double indication présentée par ces pyrexies et du double mode d'action de l'eau froide ; du côté de la fièvre, hyperthermie et hyposthénie; du côté de l'eau froide, action réfrigérante et action stimulante ; suivant que prédomine l'une ou l'autre indication, on insistera sur l'un ou l'autre des modes d'action et, fait remarquable, qui prouve bien que l'insuffisance de fièvre, dans certaines formes très infectieuses, est due au défaut de réaction de l'organisme, c'est que, dans la fièvre typhoïde apyrétique, on voit après quelques séances d'application des procédés de stimulation par l'eau froide, la courbe thermique se relever, la fièvre reprendre son type graphique normale et la maladie redevenir justiciable de la médiation réfrigérante suivant la formule si connue de Brand, cette formule combat en même temps et l'hyposthénie et l'hypothermie. L'hyperthermie n'est pas toute la fièvre, le cas de M. Voisin le prouve, bien que, si les températures eussent été relevées dans le rectum et une sous l'aisselle, on aurait noté des chiffres plus élevés de 8 à 10 dixièmes que ceux de son observation. Le degré de la température n'en est pas moins le signe le plus sûr, le plus fidèle, le plus pratique que nous ayons de la marche de la fièvre.

M. Glénard fait remarquer que, dans le traitement de sa malade, M. Voisin a pu se contenter de recourir au mode symptomatique du traitement par l'eau froide. Il n'est intervenu avec cette médicatiou qu'en présence de l'insuccès du traitement classique, cette pratique, qui doit être mise en opposition avec celle qui s'adresse au mode systématique de ce traitement, est bien celle qui convient et qui suffit au traitement de la pneumonie. S'il s'agit de fièvre typhoïde, on doit, dès que le diagnostic est posé ou même soupçonné, recourir systématiquement à l'eau froide, comme on recourt systématiquement a la quinine dans l'impaludisme, mais pour les autres pyrexies, et la pneumonie comme les autres, l'eau froide n'est réellement indiquée, et alors à titre symptomatique, que lorsque, par leur hyperthermie ou leur hyposthénie, anormales, ces maladies empruntent les traits de leur masque aux maladies typhiques et par ce fait présentent des sources nouvelles de complications. C'est alors que l'on est amené, tantôt à combattre, dans la pneumonie l'hyperthermie, par le mode refrigérant et antipyrétique d'application de l'eau froide, tantôt à lutter contre l'hyposthénie par le mode stimulant et perturbateur, dans ce dernier cas, on peut en outre préserver le cœur, doublement menacé par la maladie générale et par la maladie locale, en stimulant son action à l'aide de l'application sur la région précordiale d'une vessie de glace, ainsi que la démontré notre collègue L. Jullien. Quelques bains suffiraient, et c'est ce qui est arrivé à la malade de M. Voisin qui n'en a pris qu'une dizaine, pour permettre à la pneumonie de traverser les écueils qui précédent l'heure de la défervescence spontanée, dans des cas

où, sans l'intervention bienfaisante de l'eau froide, il est probable que ces écueils n'eussent pas été franchis.

M. DE CRÉSANTIGNES. — L'hyperthermie n'est pas toujours une condition nécessaire pour que l'organisme arrive à lutter victorieusement contre l'infection, comme M. Glénard semble l'établir en règle générale pour la fièvre typhoïde et la pneumonie. J'ai observé deux cas de cette dernière maladie avec une évolution singulière par le chiffre peu élevé de la température fébrile. C'était chez deux femmes de 70 ans environ habituellement bien portantes malgré leur apparence chétive, leur maigreur et leur teint parcheminé. Début brusque avec les signes classiques, souffle rapidement entendu à la partie moyenne du poumon (même localisation pour les deux malades), mais peu de dyspnée, peu de toux, expectoration presque nulle, même à la période des crépitants de retour. Or pendant l'évolution de la maladie chez ces deux femmes, la température oscilla aux environs de 37.8 sans dépasser jamais 38.2 et la guérison survint après le cycle normal, en dépit du pronostic habituellement si grave de la pneumonie chez des septuagénaires.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

J. BROSSARD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1896. — Présid. de M. CH. MONOD

Péritonite par perforation, suite de fièvre typhoïde. — M. BRUN. Un enfant de 14 ans me fut montré par M. Moizard, à la fin de sa fièvre typhoïde et d'une rechute tirant à sa fin elle-même. Il avait été pris subitement de douleurs et de vomissements, 4 ou 5 heures après il avait 40°. L'interne de garde pensa à une perforation et je ne vis le malade que le lendemain.

Le petit malade était en pleine péritonite septique et je fis la laparotomie, qui me montra une perforation d'un centimètre d'où s'échappait un flot de matière. Je suturai par deux places à la Lembert et laissé le ventre. Je laissai un gros drain et refermai. L'enfant après 1,500 grammes de sérum ne s'améliora que le troisième jour, le ventre resta ballonné et par les drains sortait du liquide jaunâtre. Je fis faire des lavages. Il resta ainsi jusqu'au septième jour où il succomba en hypothermie.

A l'autopsie la suture avait bien tenu mais il existait d'autres perforations de 1 à 2 centimètres d'étendue, enfin une plaque de sphacèle à la partie supérieure de l'intestin, Je n'insiste pas, il y a des caractères qui montrent la gravité des lésions dans la fièvre typhoïde et rendent compte des insuccès inévitables dans les interventions par perforations suite de fièvre typhoïde. — La multiplicité des perforations, la hâte que l'on a de refermer le ventre, fait que l'on en oublie presque toujours,— et il faut insiter sur ce fait, qu'il n'est permis d'intervenir que parce que le malade est désespéré.

M. LEJARS. — J'ai fait deux fois des sutures pour perforations de l'intestin typhique. Dans le 1er cas, au 15e jour, j'opérai une perforation de la longueur du petit doigt. Le pus remplissait le ventre. A côté de cette perforation existait une série de plaques noirâtres. Je laissai un drain et le malade mourut le lendemain soir. Dans le 2e cas je suivre mon malade. Agé de 23 ans, ce malade avait fièvre typhoïde à forme des plus graves. Il fut atteint perforation et je fis la laparotomie.

Je trouvai du liquide séreux, jaunâtre et dans la f iliaque droite à 15 centimètres du cœcum, sur le moyen de l'intestin, existait une perforation ronde d'un timètre de diamètre. Je suturai au Lembert et laissai Mickuliez. L'opération avait duré une demi heure. Le demain il semblait aller bien. On lui fit des injections in veineuses. Le matin du 3e jour, d'une façon assez brus il se refroidit et succomba. La suture avait bien tenu, il y avait des lésions de fièvre typhoïde intense. Ce s'est terminé comme presque tous les cas (25) où l'on intervenu. Cependant nous aurions eu tort de ne pas in venir, car nous lui donnions la seule chance de salut pût avoir. Il était dans d'assez bonnes conditions puis n'avait qu'une seule perforation.

M. TERRIER. J'ai eu l'occasion de voir un malade homme âgé de 30 ans, qui à la suite d'un dîner copieux pris de douleurs vives et je diagnostiquai une perforation l'intestin. Je trouvai une péritonite généralisée. A gau je trouvai des anses intestinales agglutinées, et j'y trou dix perforations intestinales, je suturai chaque perfora successivement. Le malade s'éteignit le soir même.

Les conditions dans lesquelles on intervient ont une portance considérable sur les résultats de l'intervention est certain qu'une plaie de l'intestin sain permettra une ture beaucoup plus rassurante que si l'on agit sur un testin déjà atteint comme il l'est dans la fièvre typhoïd

Trépanation de l'antre mastoïdien, 34 cas. — PEYROT fait un rapport sur un mémoire adressé par MOURE (de Bordeaux). Dans tous les cas d'otorrhée ch nique la trépanation est indiquée dès qu'il survient moindre symptôme du côté de l'apopagie mastoïde.

Par processus d'ostéite éburnante, les œtiles chroniq peuvent guérir spontanément, mais d'une façon lente.

Hernie crurale étranglée. — Réflections sur l'a pendicite. — M. ROUTIER. Mme L. portait depuis lo temps une hernie qui était maintenue. Au mois de mai devint irriductible et en 6 jours, sans aucun symptôme fo tionnel on trouve une petite tumeur dure, crurale.

L'incision du sac, montra une portion intestinale tirée au dehors entraîna un appendice long de 15 centi tres. Celui-ci fut réséqué et le cœcum rentré. L'append est renflé, dilaté ; le péritoine est lisse, dépourvu de faus membranes. Dans la cavité on trouva du liquide chocol M. Guinard, qui présente cette observation, en conclut la théorie de cavité close pour expliquer l'appendicite, n pas légitime. Ici l'appendice quoique rempli de liquide pas déterminé d'infraction ; mais il n'y a jamais eu obl ration de l'appendice, ni étranglement herniaire.

M. POTHERAT lit un mémoire sur **l'amputation tot du pied par le procédé Syme.**

Appendice réséqué, clos par un calcul. — Prése tation des pièces par M. MONOD.

F. VERCHÈRE.

SOCIETÉ MEDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 30 juin. — *Présidence de* M. DUCHESNE. — A propos du procès-verbal, plusieurs collègues prennent la parole :

M. POTHERAT. — J'ai employé, quand je remplaçais M. Monod, l'oxycyanure de mercure et je ne lui ai trouvé aucun inconvénient.

M. MONNIER. — C'est parce que c'était bien de l'oxycyanure tandis que le liquide employé par M. Le Bec contenait de l'acide cyanhydrique.

M. DUCHESNE. — J'ai vu des injections sous-cutanées d'oxycyanure de mercure, pour iritis, produire d'abondantes hémorragies intestinales chez un de nos confrères.

M. POTHERAT. — C'est là un fait qui me surprend beaucoup, car jamais de grands lavages des plaies et du péritoine n'en ont produit dans ma pratique.

M. LEROY. — J'ai observé un cas d'hémorragie intestinale par un lavement d'une solution de sublimé au millième pris spontanément par une jeune fille, elle guérit en huit jours, dont deux jours d'état fort grave : là il y a eu irritation locale, car il n'y avait pas de stomatite.

M. SOTTAS fils. — Ce sont des faits exceptionnels et dont je n'ai pas été témoin dans les services où l'on traite la syphilis par les injections sous-cutanées.

M. DUCHESNE. — Il s'agit d'idiosyncrasie, et à ce propos je me rappelle avoir vu un étudiant qui eut une forte hémorragie uréthrale à la suite d'une injection de sublimé après un coït suspect.

M. VEIL. — Il m'a été donné d'observer un cas de mort par hémorragies multiples à la suite d'une injection d'un litre de liqueur de van Swieten, répétée trois jours de suite pour une fausse couche.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part à la Société de la mort de notre collègue, le Dr Moricourt, de la femme d'un des anciens président de la Société, M. Polaillon, enfin, du fils d'un des membres de la Société, M. Delaunay.

M. POTHERAT fait une communication sur 4 cas de cancer du sein chez l'homme.

M. MONNIER présente un polype fibro-muqueux extrait du naso-pharynx d'une fillette de 12 ans, par les voies naturelles.

M. POTHERAT. Il y a 10 jours j'ai enlevé une tumeur analogue chez une fillette de 7 ans, mais j'ai dû fendre complètement le voile du palais car elle s'insérait sur l'épine nasale au bord postérieur du plancher : j'ai suturé ensuite le voile.

M. MONNIER. Je n'ai parlé de l'ablation par les voies naturelles que pour les tumeurs de la voûte du naso-pharynx : pour les autres l'incision du voile avec suture immédiate me paraît préférable.

M. LEROY communique deux cas d'eczéma intense des mains par un pansement des brûlures par l'acide picrique au centième recouvert de taffetas gommé : des compresses imbibées d'une solution boriquée et la suppression du taffetas gommé en vinrent aisément à bout : il ne faut jamais mettre d'obturateurs, comme le taffetas gommé, sur les pansements à l'acide picrique.

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels : L. MONNIER.

MEMENTO PRATIQUE

Le carbonate de strontiane comme dentifrice. — M. MÉTRAL, professeur à l'école dentaire de Genève, propose d'employer le carbonate de strontiane comme dentifrice. Tout naturellement, il ne prend pas le carbonate de strontiane naturel, mais il se sert du carbonate pur et exempt de baryte, obtenu, soit en précipitant une solution d'azotate de strontiane pur par un mélange de carbonate d'ammoniaque, soit en faisant passer du gaz carbonique dans une solution d'hydrate de strontiane, soit encore en traitant le sulfate pur de strontiane par une solution d'un carbonate alcalin.

La poudre ainsi obtenue est blanche, douce au toucher, de réaction légèrement alcaline, insipide et inodore, inaltérable à l'air.

M. Métral a été conduit à l'expérimenter comme dentifrice après avoir constaté que son pouvoir détersif ou usant est intermédiaire entre celui des carbonates de chaux et de magnésie, dont l'action est trop faible, et celui de la pierre ponce, qui raye les dents dont l'émail est de mauvaise qualité.

Le carbonate de strontiane présente encore d'autres avantages qui sont : sa légère alcalinité et la propriété qu'il possède, en raison de son onctuosité, d'adhérer à la brosse et aux dents ; enfin son prix de revient est très faible.

M. Métral associe ordinairement le carbonate de strontiane à partie égale d'un corps antifermentescible, comme la fleur de soufre, et il aromatise ce mélange avec une essence quelconque, celle de roses, de préférence.

Il prépare aussi un opiat dentifrice dont voici la formule :

Carbonate de strontiane.....	6 grammes.
Fleurs de soufre.....	3 —
Savon médicinal pulvérisé.....	13 gr. 50
Essences de roses.....	VI gouttes.

Mucilage de gomme et glycérine, de chaque, quantité suffisante.

VARIÉTÉS

Les mutilés de la bataille d'Adoua

La *Gazette médicale de Liège* donne d'après le *British medical Journal* des détails fort intéressants sur les mutilés de la bataille d'Adoua. Elle rapporte que le Dr Thomas Haschi a vu à l'hôpital d'Asmara 2 groupes de blessés le premier, le plus considérable, composé d'Askaris, soldats noirs au service de l'Italie, qui, faits prisonniers par le Négus, avaient été amputés brutalement de la main droite et du pied gauche; le second, beaucoup moins nombreux, comprenant en majorité les soldats italiens qui avaient survécu à l'ablation complète des organes génitaux. Ces 2 formes de mutilations sont l'accompagnement habituel des guerres en Abyssinie.

Ces hommes avaient été faits prisonniers le 1er mars à la désastreuse bataille d'Abba-Carima et déjà le lendemain plusieurs ras demandaient qu'on les mutilât. Ménélik refusa. Le 3 mars, il y eut un grand conseil de guerre où Mangascia, ras du Tigré, la reine Taitou et l'Abouma

pressèrent vivement le Négus de livrer les captifs au supplice des traîtres. L'accusation de trahison pouvait être portée avec un semblant de raison contre ceux d'origine abyssine, nullement contre les autres, Arabes de la côte ou Somalis, tous mahométans, qui n'avaient jamais relevé de l'Abyssinie, ni en politique, ni en religion; mais, pour leur malheur, ils étaient noirs : ils durent partager le sort de leurs camarades. Ménélik céda et les soldats procédèrent aux exécutions.

Le voleur condamné à cette mutilation peut, après le supplice, plonger son moignon dans l'huile ou le beurre bouillant pour arrêter l'hémorragie; avec les prisonniers de l'armée italienne, on fut sans pitié. Les malheureux, traités comme des animaux malfaisants, succombèrent en grand nombre à la perte de sang; beaucoup se traînèrent au torrent voisin où des mahométans se noyèrent de désespoir. Ceux qui purent panser leurs plaies avec des morceaux de vêtements survécurent, vivant d'herbages, d'eau et de bribes d'aliments mendiés des soldats abyssins.

Lorsque la nouvelle de ces atrocités parvint aux lignes italiennes, une foule de femmes coururent à Adoua, avec l'agilité propre aux montagnards, charger leur mari sur le dos et les transportèrent jusqu'aux avant-postes. Plusieurs survivants durent ainsi la vie au dévouement de leur femme.

Placés dans les divers hôpitaux militaires, les Askaris refusèrent unanimement de se laisser opérer et persistèrent dans ce sentiment jusqu'au mois de juin. Le motif de leur résistance était qu'une opération, en raccourcissant leur membre, les rendrait moins aptes à marcher, qu'un membre artificiel serait bientôt usé dans leurs montagnes et qu'ils seraient dans l'impossibilité de le renouveler. Ils s'obstinèrent jusqu'à ce qu'il devînt évident même à eux-mêmes que nombre de moignons ne guériraient jamais. Cependant, pour les décider, il fallut leur déclarer que ceux qui refuseraient de se soumettre aux décisions des chirurgiens militaires perdraient tout droit aux secours. Enfin, un cas ayant été opéré heureusement, les autres suivirent volontiers. En 15 jours, le médecin-major Ferraro et les médecins capitaines Tavazzani et Mozetti, avec leurs aides, pratiquèrent à Asmara 116 amputations, la plupart de la jambe. Les avant-bras guérissaient généralement sans intervention opératoire. La majeure partie des moignons avaient encore les malléoles présentes; les cartilages avaient presque disparu et la surface dénudée était couverte de granulations exubérantes qui donnaient à l'ensemble l'apparence d'une massus. Au-dessus de la plaie, il s'était formé une zone de tissu cicatriciel déjà en train de se contracter, augmentant dès lors l'hyperémie du moignon.

Ferrero opéra tous ces cas, à peu d'exceptions près, par la méthode circulaire. Ce faisant, il contentait le désir des Askaris d'avoir leur membre raccourci le moins possible, 4 furent opérés à Massouah et 22 à Keren. Il n'y eut pas un seul décès parmi les amputations et plus de 90 pour 100 guérirent par première intention. Les 10 pour 100 restants, qui suppurèrent, durent en général cet inconvénient à leur curiosité : quelques-uns de ces soldats noirs n'étaient pas satisfaits qu'ils n'eussent déroulé le bandage et examiné l'état de leur membre.

D'aussi bons résultats étaient dus à la manière aussi simple qu'efficace d'appliquer l'antisepsie. A l'exception de l'acide phénique, pour les instruments, on ne se servit que du sublimé (1 : 1000). Les instruments étaient soumis à l'ébullition 2 fois par jour. La gaze employée, soit pour éponger, soit pour les pansements, était soumise à l'ébullition. On n'eut pas d'autres tampons que ceux au sublimé et le chirurgien seul ou son aide pouvaient les manipuler; nulle autre main n'y touchait. Les ligatures et les sutures, exclusivement de soie, étaient fraîchement bouillies.

Le pansement consista à saupoudrer la plaie opératoire d'iodoforme, à la recouvrir de gaze au sublimé bouillie et exprimée par l'opérateur lui-même. Sur cela, une couche épaisse d'ouate sèche au sublimé et des bandes de gaze.

L'anesthésique fut le chloroforme de Merck, et que cela résulte de la qualité du produit ou de l'élévation du sol, 2,130 mètres au-dessus du niveau de la mer, ou de la race, toujours est-il qu'on a vu rarement des patients plus facilement chloroformés et supportant mieux l'anesthésie.

Pour parer au raccourcissement de la jambe, l'orthopédiste Invernezzi a fabriqué un membre de bois recouvert de cuir en forme de botte. De chaque côté, 2 supports d'olivier sauvage, de 4 centimètres de largeur sur 1 et demi d'épaisseur, plats en bas, extérieurement arrondis en haut, sont attachés au moyen de vis, et, afin de les maintenir immobiles, fixés au-dessous du genou à un demi-cercle en acier. Le côté interne de ces supports a un revêtement en cuir taillé spécialement pour chaque individu. Le tout tient autour de la jambe par 4 courroies à boucle. La partie essentielle de l'appareil est la plante du pied, qui est d'une pièce et légèrement courbée du talon à la pointe, formant une section de cercle à grand diamètre, de façon que le patient appuie en marchant d'abord sur le talon et continue le mouvement sur la plante courbe pour finir le pas à la pointe.

L'appareil est solide, léger, économique, construit sans acier et sans articulation, de sorte que l'Askari pourra plus tard remplacer une partie hors de service, d'autant plus facilement qu'il a chez lui à discrétion le cuir et l'olivier sauvage et qu'il sait mettre en œuvre ces deux matériaux L'orthopédiste ressentait une vive satisfaction à voir circuler ses clients sur terrain plat.

Sur un sol accidenté, la locomotion laissait à désirer, mais il en eût été de même avec tout autre appareil. Ce n'est que la pratique et une longue adaptation qui les rendront capables de marcher sans gêne sur un terrain quelconque.

La guérison de 189 mutilés parmi les 330 qui arrivèrent aux camps italiens était si avancée qu'une amputation ne fut pas jugée nécessaire. C'était, à peu d'exceptions près, ceux dont le sabre ennemi avait enlevé les malléoles : leur moignon imparfaitement recouvert d'un mince tissu cicatriciel est fréquemment ulcéré au centre; mais ces gens, pour qui pareille mutilation n'a rien de neuf, disent que ces moignons deviendront bons, qu'ils seront insensibles et qu'ils n'empêcheront pas de marcher et de courir.

Pour obvier au raccourcissement, Invernezzi leur a fabriqué un appareil sur le même principe que celui des amputés. La seule différence est que la partie inférieure du support est creusée pour y loger le moignon en massue.

Des Askaris mutilés arrivaient encore chaque semaine aux hôpitaux de Keren et d'Asmara; mais, tout compte fait, on évalue à 500 seulement le nombre des survivants des 1,500 mutilés d'Adoua; les autres ont succombé à l'hémorragie, aux privations et aux souffrances.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Les mutations dans les services de médecine sont définitivement arrêtées comme il suit :

M. Balzer passe à Saint-Louis, M. Barth à Necker, M. Dulmont à la Charité, M. Renaut à Ricord, M. Brocq à Broca, M. Comby aux Enfants-Malades, M. Hirtz à Laënnec, M. Richardière à Trousseau, M. Galliard à Saint-Antoine, M. Delpeuch à Cochin, M. Œttinger à Broussais, MM. Le Gendre, Giraudeau, Achard à Tenon, M. Lebreton à Sainte-Périne, M. Widal à La Rochefoucauld, MM. Darier et Thoinot à Dubois.

Concours de l'Externat. — Questions posées :

Anatomie : *Configuration extérieure et rapports des poumons — Muscle psoas-iliaque. — Muscles péroniers latéraux. — Description macroscopique et rapports de l'œsophage. — Muscles de la région sus-hyoïdienne — Veines jugulaires. — Tiers supérieur du fémur.*

Pathologie : *Signes et complications de la blennorrhagie chez l'homme. — Des foyers d'auscultation dans les maladies du cœur et la signification des souffles qu'on y perçoit. — Différents modes de traitement des fractures des membres. — Désinfection des mains de l'opérateur et du champ opératoire. — Complication du rhumatisme articulaire aigu. — Signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et des poumons. — Avec quoi peut-on confondre l'ascite. — Signes de la syphilis. — Des renseignements donnés par la percussion et la palpation dans les maladies du poumon et de la plèvre. — Signes de la cirrhose atrophique de Laënnec,*

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers, MM. Lefèvre, médecin de deuxième classe des colonies, et Duprat, médecin de première classe de la marine.

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Gouget est nommé chef des travaux du laboratoire de clinique médicale (Pitié).

Ecole de médecine de Clermont. — M. Lepetit, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours d'histologie.

Accouchement facile, mais non sans danger. — Une sage-femme de Dijon, Mme Lambert, vient d'être arrêtée pour supposition d'enfant. Il y a huit jours, le parquet de Dôle, avisé par une lettre, faisait une descente à Saint-Aubin-du-Jura, commune limitrophe de la Côte-d'Or, chez M. Mercier, épicier-menuisier, dont la femme était accusée avoir simulé un accouchement. Le mari était accusé d'avoir fait une déclaration de naissance à la mairie. Le docteur Lagey examina la femme et déclara que celle-ci n'avait jamais accouché.

Mais la femme Mercier, qui avait sur les bras un enfant de quinze à vingt jours, fort bien constitué, soutint le contraire et indiqua la dame Lambert, sage-femme à Dijon, comme étant venue l'aider dans cet accouchement. Sur une commission rogatoire du parquet de Dôle, le procureur de la République de Dijon interrogea la femme Lambert, qui déclara que sur la demande de Mme Mercier elle lui avait apporté un enfant dont une dame de Dijon était accouchée chez elle. La sage-femmme a été écrouée à la prison de Dijon et ensuite transférée à Dôle. Elle sera poursuivie pour supposition d'enfant.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Malapert, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale durant le congé accordé à M. le prof^r^ poisson.

M. le Dr Faivre est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Follet, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie pathologique.

Val-de-Grâce. — Concours d'agrégation de chirurgie. — Ont été déclarés admissibles : MM. Ecot, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Rioblanc et Sieur.

Protection des enfants du premier âge. — Par arrêté en date du 10 novembre courant, le préfet de Police a constitué ainsi qu'il suit le Comité départemental de protection des enfants du premier âge :

MM. Louis Lucipia et Adrien Veber, membres du Conseil général de la Seine ; M. le directeur de l'Assistance publique de la Seine ; M. le docteur Josias, membre du Conseil d'hygiène publique ; M. le docteur Blache, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance ; M. le professeur Pinard ; M. Risler, maire du 7e arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; M. le Secrétaire général de la préfecture de police ; M. le Chef de la 1re division.

Société de stomatologie de Paris (fondée en 1888).— La Société de stomatologie de Paris fonde un prix sous le nom de Prix de la société de stomologie Ce prix, de la valeur de *cinq cents francs*, sera décerné pour la premières fois dans le courant de l'année 1899.

Toute latitude est laissée sur le choix du sujet, qui devra naturellement porter sur des questions se rattachant tout spécialement à la *stomatologie* (maladies de la bouche, odontologie, chirurgie dentaire).

Les mémoires seront adressés au secrétaire général de la Société, au siège des séances : Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, avant le 31 décembre 1898. Ils devront être inédits, anonymes et accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Exception est faite toutefois pour les thèses de doctorat en médecine qui seront soutenues à partir du 1er janvier 1897.

Le jury sera composé de sept membres : le président et le secrétaire général en feront partie de droit ; les cinq autres seront tirés au sort dans la séance de janvier 1899. Les membres de la Société sont exclus du concours.

Le prix étant fondé dans le but d'encourager le corp médical français à s'occuper des questions de *stomatologie*, nul ne pourra concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, docteur en médecine ou officier de santé, ou étudiant en médecine, muni d'au moins seize inscriptions de doctorat.

Journaux de médecine. — Nous recevons le 1er numéro de *Il Pratico*, journal semi-hebdomadaire publié à Florence par le Dr Gino Gelli.

Hypnotisme et psychothérapie.— M. le Dr Bérillon, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, commencera le jeudi 3 décembre, à 10 heures et demie à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours pratique sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et à la pédagogie.

Il se continuera les jeudis suivants, à dix heures et demie.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Fêtes de Noël et du jour de l'an, tir au pigeons de Monaco. Billets d'aller et retour de 1re classe de Paris à Nice, valables pendant 20 jours y compris le jour de l'émission. Viâ, Dijon, Lyon, Marseille, 182 fr. 60. Faculté de prolongation de deux périodes de 10 jours, moyennant un supplément de 17 pour 100 pour chaque période. Billets délivrés du 19 au 31 décembre 1896, inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour. On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord; dans les bureaux succursales de la Compagnie P.-L.-M., ainsi que dans les agences de Voyages Cook et fils, Voyages économiques, Gaz et fils, wagons-lits, Lubin, Société française des voyages Duchemin et Desroches.

La mortalité à Paris. — Pendant la 46e semaine, du 15 au 21 novembre 1896 le service de la statistique a compté 839 décès, chiffre identique à celui de la semaine dernière au lieu de la moyenne 866.

Les maladies épidémiques sont moins rares (24 au lieu de 18 et de la moyenne 39), la fièvre typhoïde a causé 16 décès au lieu de 7 et de la moyenne 9, la scarlatine, comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 2, la rougeole 2 au lieu de 4 et de la moyenne 5, la coqueluche 4 au lieu de 3 et de la moyenne 3, la diphtérie 5 au lieu de 3 et de moyenne 18.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On signale 2 décès par l'influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 25 décès au-dessous de 1 an au lieu de 31 et de la moyenne 32.

En outre 19 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 100 décès (au lieu de 117 pendant la semaine précédente et au lieu de 120, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique 29 décès (au lieu de la moyenne 30) ; broncho-pneumonie, 18 décès (au lieu de la moyenne 31) ; pneumonie, 39 décès (au lieu de la moyenne 39). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 41 décès, dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 199 décès au lieu de la moyenne 186; la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 12 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 27 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 60 décès, et les maladies organiques du cœur, 64; le cancer a fait périr 56 personnes. Enfin, 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 15 suicides, et 13 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 380 mariages.

On a enregistré la naissance de 1136 enfants vivants (570 garçons et 566 filles), dont 823 légitimes et 313 illégitimes. Parmi ces derniers, 37 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 363 enfants, dont 15 seront placés à Paris, Parmi ces enfants, 95 seront nourris au sein et 276 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 82 mort-nés (dont 49 légitimes et 33 illégitimes).

Nécrologie. — Le Dr Eugène Bœckel, le doyen des médecins de Strasbourg, qu'il ne faut pas confondre avec son neveu et homonyme le Dr Eugène Bœckel, l'ancien rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Strasbourg, beaucoup plus jeune, vient de mourir à l'âge de 86 ans. — Le Dr Allaux, maire de Pamiers, reçu en 1860, décédé le 1er novembre. — Le Dr Mahé, médecin de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur, correspondant de l'Académie de médecine, décédé subitement le 18 novembre en son domicile, boulevard Saint-Germain. — Le Dr Hathon, de Bayon (Meurthe-et-Moselle), reçu en 1873. — Le Dr G. Herr, de Pau, reçu en 1855.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de la Faculté de médecine de Paris, publiées par le Dr F. Lejars, agrégé de la même Faculté. Tome troisième complétant l'ouvrage **Chirurgie.** (1 fort volume gr. in-8°, avec gravures dans le texte, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Les deux premiers volumes de l'Œuvre de Le Fort ont été consacrés l'un à l'hygiène hospitalière, à la démographie, à l'hygiène publique; le second à la chirurgie militaire et aux questions d'enseignement. Ce troisième volume contient les travaux de chirurgie propres au professeur qui fut en même temps un praticien du plus grand mérite.

On retrouvera dans ce volume les principales leçons de clinique chirurgicale professées par M. Le Fort à la Faculté de médecine, ses observations et ses procédés opératoires dont quelques-uns sont devenus classiques, ainsi que la description des instruments et appareils prothétiques que son esprit ingénieux avait imaginés et qui sont encore employés avec succès dans la pratique journalière de la chirurgie.

Maladies produites par les champignons parasites. Actinomycose néoplasique limitée, par le Dr Paul Dubocq, in-8°,78 p. avec 12 figures dans le texte, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1896.

La puberté chez l'homme et chez la femme, par le Dr Léon Biérent. Prix : 5 francs. — Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le diagnostic de la suggestibilité, par le Dr L. Martin, in-8° raisin de 112 pages. Prix : 4 francs. — Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée**

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipe pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.